Extricación del politraumatizado en accidentes de tráfico

■ El politraumatizado es aquella persona que presenta dos o más traumatismos, que comportan un riesgo vital para el paciente.

En este trabajo analizamos los ángulos de salida del politraumatizado según por la puerta que sea sacado de cualquier vehículo.

Tras la señalización del lugar del accidente con los métodos materiales o humanos que poseamos debemos realizar una evaluación al paciente. La evaluación al paciente tiene preferencia ante la extricación a no ser que el retraso del rescate ponga en peligro la vida del mismo o la de nosotros.

Ana Isabel Sola Plaza. DUE Experto en Urgencias
Carlos A. Fadrique Salaberri. Técnico en Emergencias Sanitarias

■ Evaluación Inicial

Esta es una evaluación rápida donde se valoran las prioridades, detección de problemas vitales y adopción de medidas específicas para su solución.

1. Vía aérea y control de columna cervical.
   - Apertura de vía aérea a través de la tracción mandibular y limpieza de la boca de cuerpos extraños. Realizar aspiración de secreciones si fuera necesario y retirar las prótesis dentales.
   - Colocar tubo de mayo en caso de paciente inconsciente.
   - Colocación de collarín cervical para control de la columna cervical.
   - En caso de estar presente un equipo médico al paciente inconsciente se le puede realizar una intubación endotraqueal.

2. Oxigenación y ventilación
   - Frecuencia de la respiración.
   - En caso de que el paciente no respire ventilar a través de boca – ambú con reservorio.
   - Administración de oxigeno a altos flujos. 10 – 15 litros por minuto con mascarilla venturi.
   - Descartar lesiones como: Neumotórax a tensión, donde será necesaria la presencia de un equipo médico para su tratamiento a través de la introducción de un catéter en el segundo espacio intercostal. Neumotórax abierto, donde la oclusión inmediata de la herida de la zona torácica fijándola por tres lados es suficiente. Tórax inestable, donde se debe realizar una ventilación mascarilla – ambú, tubo endotraqueal-ambú.

3. Control de hemorragias y Shock.
   - Valoración del pulso (frecuencia, regularidad y fuerza), perfusión (color, relleno capilar, temperatura), tensión arterial.
   - Observar puntos de hemorragias externas, control de las mismas con presión directa o vendajes compresivos (hemostasia).
   - En caso de Shock hipovolémico será necesaria la presencia de un equipo médico para la canalización de dos vías periféricas con catéteres gruesos y cortos (14-16 G) para prefundir suero fisiológico o ringer lactato.

4. Exploración neurológica.
   - Estudio nivel de consciencia.
   - Reactividad y tamaño de las pupilas.
   - Escala de Glasgow.

■ Evaluación Secundaria

Evaluación completa del politraumatizado desde la cabeza a los pies:

1. Cabeza y cara.
2. Columna cervical (cuello).
3. Tórax.
   - Palpación tórax.
   - Pulsioximetría.
   - Monitorización paciente.
4. Abdomen y espalda.
   - Palpación abdomen y espalda.
5. Periné.
6. Pelvis.
   - Palpación de la pelvis.
7. Extremidades.
   - Palpación extremidades, observar la movilidad y sensibilidad
   - Inmovilización de las extremidades.
8. Examen neurológico.
   - Escala de Glasgow.
   - Reactividad y tamaño de pupilas.

■ Material de inmovilización

Collarín cervical

Inmoviliza la columna cervical, evitando así las lesiones a nivel de la médula espinal. Siempre se debe colocar en un politraumatizado.

Ferno-Ked

Inmoviliza la columna a nivel cervical, torácica y lumbar. El problema es el tiempo en colocarlo al paciente.

Férulas

Inmovilizan traumatismos en las extremidades, haciendo que el daño que se produzca en venas, tejidos blandos, etc. vecinos sea menor.

Colchón de vacío

Inmovilización completa del paciente politraumatizado, es lugar idóneo para el transporte durante el traslado al hospital.

Camilla de tijera

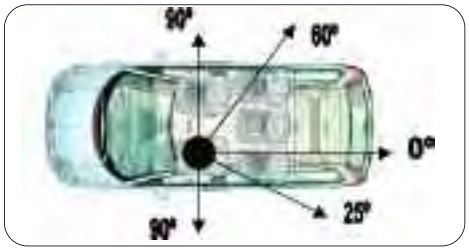
Sirve para recoger al herido del suelo o extraerlo de un vehículo. Es un sistema de recogida, nunca se debe trasladar encima de ella.

Tablero espinal

Su uso es para recogida y extricación, junto al inmovilizador de cabeza es el mejor método para la extricación del politraumatizado. También sirve como elemento de traslado hasta el hospital.

■ Extricación politraumatizado vehículo 5 puertas

CONDUCTOR VEHÍCULO



Como primera opción está extricar al politraumatizado por detrás del asiento, donde el giro del paciente es cero.

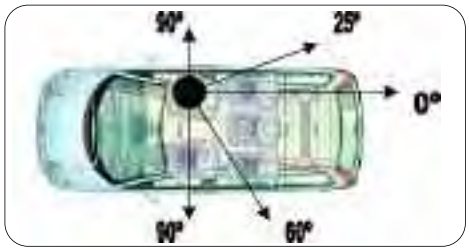
La segunda opción será extraerlo por la puerta del acompañante trasero tras bajar el respaldo del asiento. Aquí el giro será de 25 grados.

La tercera opción será la extricación por la puerta del acompañante trasero del lado contrario, donde el giro es de 60 grados.

La cuarta opción es por la puerta del copiloto. El giro es de 90º pero al sacar el politraumatizado es más fácil ya que el tablero espinal está apoyado en el asiento del copiloto y en el giro las piernas salen al ext
erior y no tienen elementos que puedan molestar.

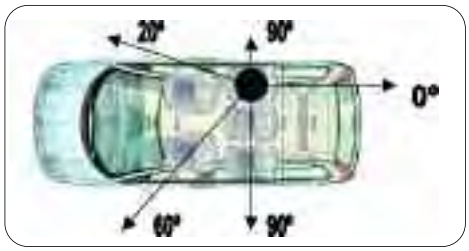
La quinta opción es por la puerta junto a él donde el giro es de 90 grados.

ACOMPAÑANTE DELANTERO



Igual que el conductor pero visto desde el asiento del copiloto.

ACOMPAÑANTE TRASERO IZQUIERDO / DERECHO



La primera opción es la extricación por detrás, donde el giro es cero grados.

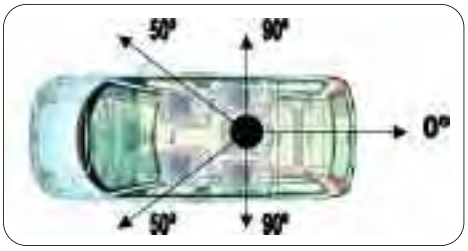
La segunda opción, aunque sea extraña, es por la puerta delantera del mismo lado donde esté sentado. El giro es de 20º .

La tercera opción es por la puerta delantera del lado contrario. Aquí el giro es de 60 grados.

Cuarta opción es sacarlo por la puerta trasera contraria. Giro de 90 grados e iguales ventajas en apoyo del tablero espinal.

La quinta opción es la extricación por la puerta junto a él.

ACOMPAÑANTE TRASERO CENTRAL



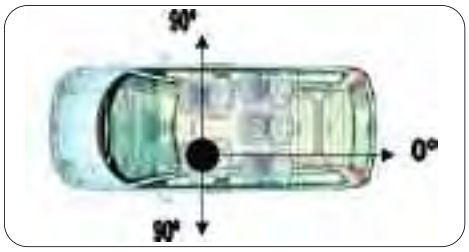
Las primera opción es sacarlo por detrás. Giro de o grados.

Como segundas opciones es extricarlo por las puertas delanteras donde el giro aquí es de 50º.

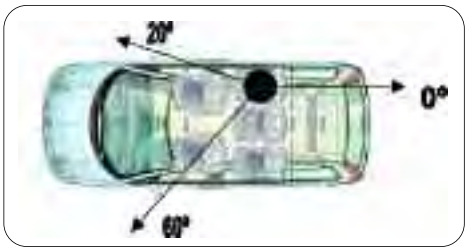
Las terceras opciones son el rescate por las puertas traseras. Giro de 90 grados.

■ Extricación politraumatizado vehículo 3 puertas.

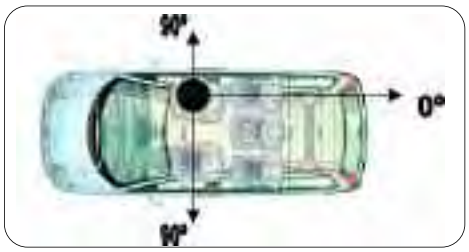
CONDUCTOR VEHÍCULO



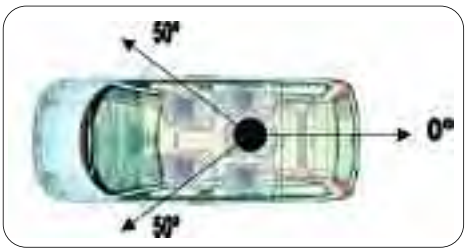
ACOMPAÑANTE TRASERO IZQUIERDO/DERECHO



ACOMPAÑANTE DELANTERO



ACOMPAÑANTE TRASERO CENTRAL



■ Bibliografía

- **Manual de Urgencias.** Año 2000
- **Manual Soporte Vital Avanzado.** Año 2001
- **Manual Técnico en Emergencias Sanitarias.** Año 2004

■ Agradecimientos

- **Emergencia 2000**
- **DYA Navarra.**
- **Ambulancias 112 – SOS Navarra.**

Colabora
con rescate vial

Para poder ofrecer una información realmente útil a los profesionales en prevención y excarcelación de víctimas de tráfico y responder a la necesidad de perfeccionamiento de estas técnicas, creemos de vital importancia contemplar el punto de vista de los que ejercéis a diario esta labor.

Queremos saber vuestra opinión sobre las herramientas, los equipos, los medios o las carencias con los que os encontráis cuando estáis socorriendo a una víctima. Que nos expliquéis vuestra experiencia en casos prácticos, tanto desde el punto de vista del bombero, como del sanitario o del personal de protección civil. Vuestras opiniones son imprescindibles para optimizar vuestra profesión y pueden influir en la administración y en los fabricantes para mejorar las condiciones del sector.

Por ello os ofrecemos nuestra más sincera invitación a compartir con nuestros lectores vuestras inquietudes, preguntas, críticas, peticiones, sugerencias, comentarios, preocupaciones, casos prácticos, fotografías, etc. Y no os preocupéis por la corrección o la estructuración del texto, ése es nuestro trabajo. Enviad vuestro escrito y nosotros lo puliremos y adaptaremos, siempre bajo vuestra supervisión. Y si finalmente se publica os compensaremos con **UNA SUSCRIPCIÓN ANUAL GRATUITA DE RESCATE VIAL.**

Podéis enviar los textos e imágenes por e-mail a la dirección: patricia@publicaves
o por correo ordinario a la redacción de **Rescate Vial**: c/ Ecuador, 75, entlo. - 08029 Barcelona

Ecuador, 75, entlo. - 08029 Barcelona (Spain) - T. 933 215 045 / 046 - F. 933 221 972 - www.rescatevial.com